



小児歯科扶助制度
一括請求制度非適用者同意書

私(患者／法的保護者)は、以下について説明を受けました。

- 標記の日付に行われる小児歯科扶助制度適用診療に関して、
- 直接負担費用を含む診療費の概算、ならびに、
- 診療費請求および支払方法

私は、診療費扶助範囲には制限があることならびに小児歯科扶助制度は限定された範囲の診療にしか適用されないことを理解しています。

私は、診療費扶助範囲には制限があることならびに小児歯科扶助制度は限定された範囲の診療にしか適用されないことを理解しています。 私は、私個人が小児歯科扶助制度適用範囲外の診療費を負担しなければならないことを理解しています。

私は、説明された直接負担費用とは別に扶助制度から給付される診療費は利用限度額から差し引かれ、利用限度額を使い切った後に何らかの診療を受ける場合は、その費用を私個人が負担しなければならないことを理解しています。

患者のメディケア番号

患者／法的保護者署名

患者の姓名

署名者の姓名
(患者と異なる場合)

日付

本同意書は、小児歯科扶助制度適用診療が行われる日ごとに作成されなければならない。



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
NON-BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM**

I, the patient / legal guardian, certify that I have been informed of:

- the treatment that has been or will be provided on this day under the Child Dental Benefits Schedule;
- the likely cost of this treatment, including any out-of-pocket costs; and
- the billing and payment arrangements for the services.

I understand that I / the patient will only have access to dental benefits of up to the benefit cap.

I understand that benefits for some services may have restrictions and that the Child Dental Benefits Schedule covers a limited range of services. I understand I will need to personally meet the costs of any services not covered by the Child Dental Benefits Schedule.

In addition to the out-of-pocket costs discussed, I understand that the cost of services will reduce the available benefit cap and that I will need to personally meet the costs of any additional services once benefits are exhausted.

Patient's Medicare number

Patient / legal guardian signature

Patient's full name

Full name of person signing
(if not the patient)

Date

This form must be completed on each day of service provision under the Child Dental Benefits Schedule.